

Approccio critico agli standard del personale

Tra vincoli, metodologie e sostenibilità

Relatore: Dott. Domenico Mantoan

SOSTENERE IL PRESENTE
PER COSTRUIRE
IL FUTURO

NUOVE SFIDE CULTURALI E ORGANIZZATIVE
PER IL MANAGEMENT
DELLE PROFESSIONI SANITARIE

26
SETTEMBRE
2025

SIDMI VENETO

Centro Culturale
"G.Marani" Ospedale
Civile Maggiore-Borgo
Trento- AOUI Verona

DOTTORJOB
HEALTH PROFESSIONALS NETWORK

Contesto e sfide del SSN

- Carenza di personale: turnover, migrazione, pensionamenti
- Invecchiamento della popolazione: cronicità e complessità assistenziale
- Vincoli di spesa e rigidità contrattuali
- Necessità di programmazione basata su dati

MIGRAZIONE E CARENZA DI INFERMIERI IN EUROPA



L'Europa è sempre più dipendente da medici e infermieri formati all'estero



Entro il 2030 mancheranno **950.000 operatori sanitari**

Fonte: WHO Europe – Rapporto 2025

MIGRAZIONE DEGLI INFERMIERI IN ITALIA



Negli ultimi 5 anni gli infermieri stranieri sono aumentati del 47% (2020-2025)

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

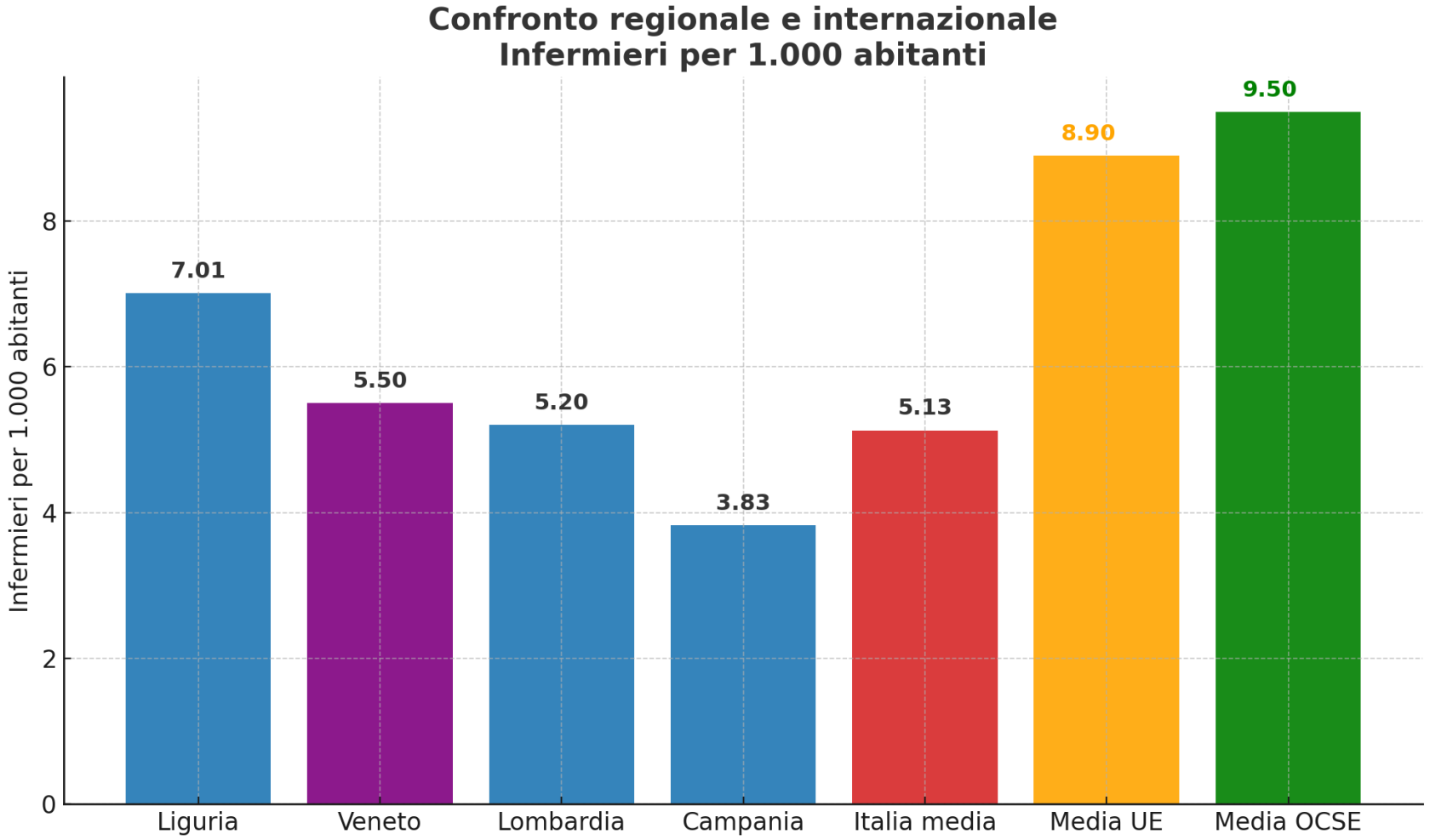
MIGRAZIONE DEGLI INFERMIERI IN ITALIA

Entrata in Italia

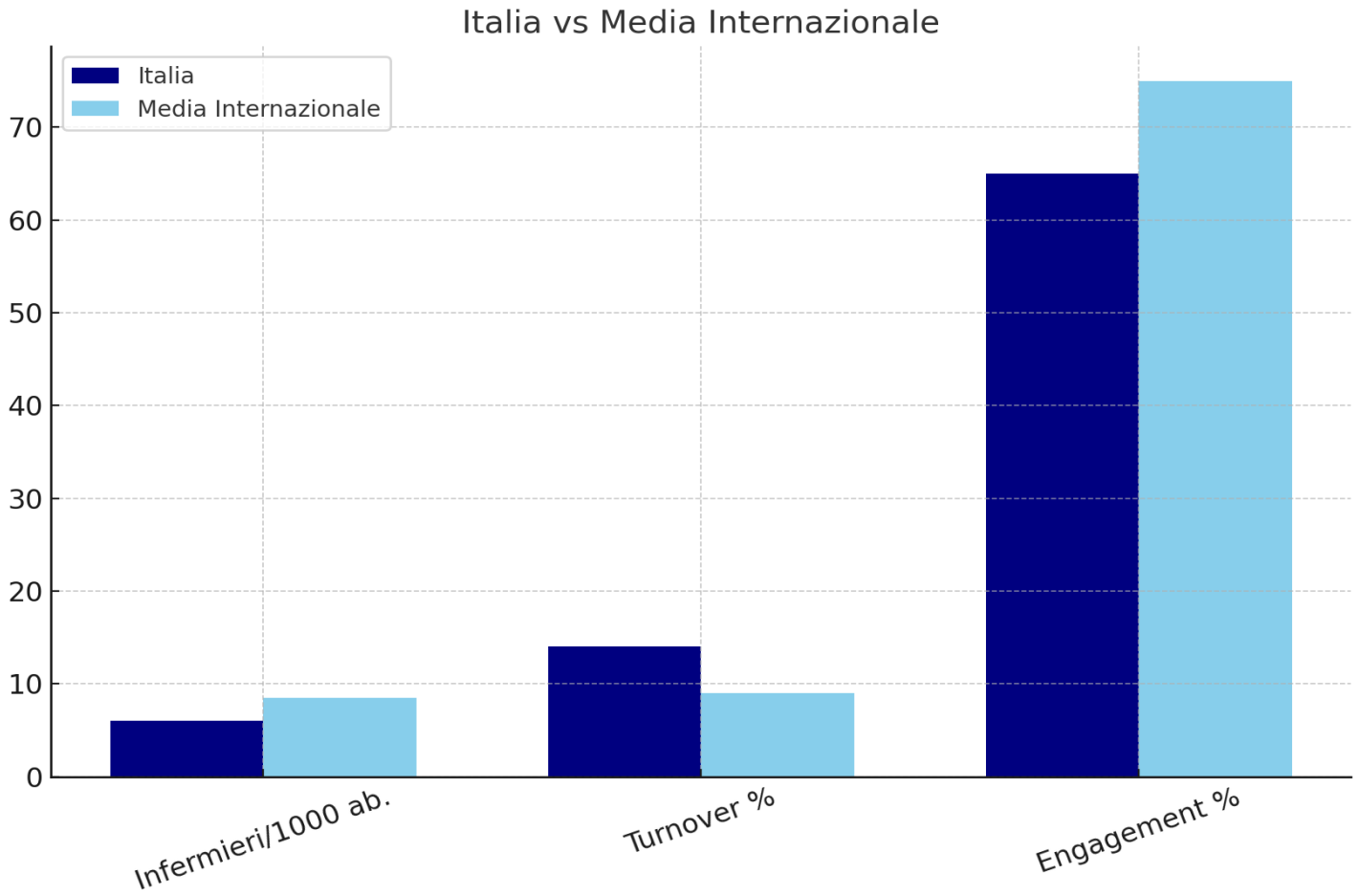
- Opportunità di lavoro disponibili
- Riconoscimento del titolo semplificato
- Canali di reclutamento attivi da Paesi UE ed extra-UE

Uscita dall'Italia

- Retribuzioni più alte
- Migliori condizioni di lavoro
- Opportunità di carriera e formazione avanzata


Confronto regionale e internazionale
Infermieri per 1.000 abitanti
Infermieri per 1.000 abitanti
0
2
4
6
8
7.01
5.50
5.20
3.83
5.13
8.90
9.50
Liguria
Veneto
Lombardia
Campania
Italia media
Media UE
Media OCSE

Confronto Italia vs Media Internazionale



Verso un SSN sostenibile e innovativo

- Superare la logica dei meri vincoli numerici → standard come **strumenti di qualità** e innovazione
- Valorizzazione delle **competenze e skill-mix** multiprofessionale
- Maggiore **integrazione** tra pubblico e privato accreditato
- Utilizzo della **sanità digitale** e dei **dati** per programmare il fabbisogno
- Centralità delle **politiche di retention** e attrazione dei giovani

Evoluzione normativa

1992 – Legge 502/1992, art. 6

Determinazione del fabbisogno del personale sanitario

2005- legge 311/2004 (Finanziaria 2005)

Primi vincoli alle assunzione del SSN

2009- Legge 191/2009

Estensione tetti di spesa sul personale

2010-DL 78/2010 CON. IN LEGGE 122/2010

parametro -1,4% rispetto al 2004 LIMITE TURN OVER 20%

2012-DL95/2012 (Spending Review)

Ulteriori riduzioni, parametro -1,4% rispetto al 2004

2015 – DM 70

Standard ospedalieri e reti cliniche

2019 – DL 35 (L. 60/2019)

Decreto Calabria

Governo della spesa sanitaria e del personale, introduce l'obbligo di definire motodologie condivise per il calcolo dei fabbisogni del personale sanitario in coerenza con I LEA

2021 – Legge 234

Obbligo di definire una metodologia nazionale

DM 77/2022

Introduce standard territoriali enuovi driver per i fabbisogni

2024 – DL 73

Approvazione piani di fabbisogno del personale sanitario regionale

2025 – Sentenza Corte Costituzionale n.114

Definisce competenze di Stato e Regioni in relazione alla definizione dei fabbisogni

Sentenza n114 del 21/07/2025
Corte Costituzionale



⚖️ Conferma la **legittimità della definizione degli standard** di personale dal parte dello **Stato.**

📌 Ribadisce la **competenza statale su LEA e criteri uniformi**.

🌎 Riconosce i margini di programmazione **regionale.**

🏥 Impone alle Aziende/ULSS l'obbligo di attuazione gestionale.

Perché nasce la Metodologia Agenas

La metodologia è stata elaborata in attuazione dell'art.11 del DL 35/2019 «ADOZIONE DI UNA METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE»

Approvata in Conferenza Stato Regioni (21/12/2022) con Decreto del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle Finanze 24/01/2023)

Proposta dal Ministero della salute al fine di dare attuazione /all'art. 5 comma 2 del decreto legge 7 giugno2024, n.73

AGENAS: ruolo e mandato

- Coordinamento nazionale della metodologia per i fabbisogni

- Progetto di ricerca dedicato (2021-2024)

- Coinvolgimento Ministero, MEF, Regioni, Università, esperti

- Supporto tecnico: Università, enti di ricerca, società di consulenza

Quali obiettivi per la nuova metodologia?

Approfondimento della metodologia di calcolo del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero(2017)

Ospedale



Definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio

Territorio



Standard Salute Mentale

Art. 1, comma 269, lett. c) della legge 30 dicembre 2021 n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024

Risorse Impegnate

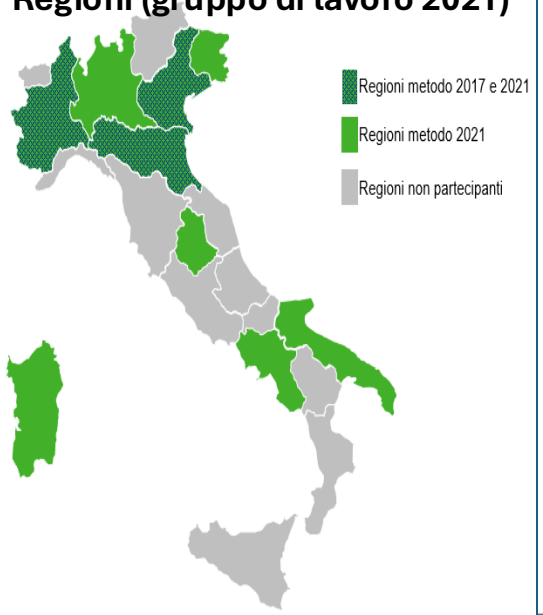
Definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale

AGENAS

Ministero della Salute (DGPROG)

NEWS
Delibera 14.01.2022
Gruppo di Lavoro:
MEF
MdS
Regione: Veneto, E.R. e Lombard
Università
Direttore Sanitario A.O.
Referenti Spedalità privata e religiosa

Regioni (gruppo di lavoro 2021)



Consulenti:
- Università di Torino
- Università Sant'Anna
- KPMG
- AlmaViva

Regioni in convenzione:
Abruzzo
Calabria

Il personale interessato



Dirigenza Medica



Comparto Sanitario:

Infermiere-Infermiere Pediatrico;

Ostetrico;

Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;

Tecnico sanitario di radiologia medica;

Operatore Socio-Sanitario.

Elementi Chiave

Assi fondamentali: offerta (rete), produzione, tempo-lavoro

Standard minimi e massimi

Conversione attività → FTE (1560 h medici, 1450 h comparto)

Driver: DRG, posti letto, attività ambulatoriali, minuti/paziente/die

Ambiti applicativi e livelli assistenziali



Valori di riferimento della Dirigenza Medica

Valori minimi

- Dotazione di personale che assicura apertura del servizio
- Rispetto obiettivi regionali
- Garanzia di turni, guardie e sicurezza presidi

Valori massimi

- Legati a produzione erogata e complessità attività
- Calcolo FTE con range min/max

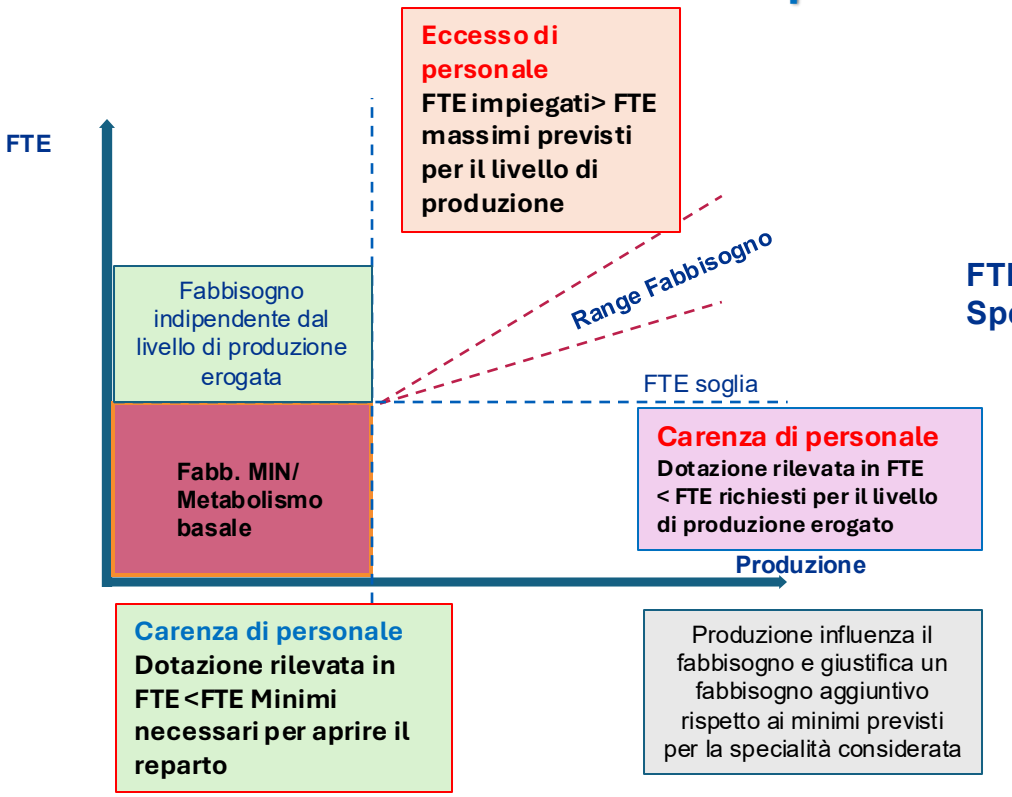
Margine di tolleranza

- Intervallo tra minimo e massimo
- Definito per ogni specialità

Il metodo di calcolo del fabbisogno di personale medico

basato su un <u>criterio minimo</u> che definisce la quantità di personale necessario per aprire il reparto ed un <u>criterio massimo</u> individuato da un intervallo

Unità Operative di degenza



$$\text{FTE Medico Specialità X} = \frac{\sum \text{Punti DRG Specialità X}}{\text{Peso Medico Specialità X}}$$

Calcolo del fabbisogno Medici per Unità Operative di degenza

Analisi Allocazione personale

Analisi Fabbisogno Personale

1 Calcolo delle ATTIVITÀ di REPARTO

Richiesta **Ore lavorate** per Dirigente Medico per disciplina

- *Associazione delle ore alle rispettive unità operative presenti nel flusso SDO con i relativi pesi DRG*

2 Rettifica AMBULATORIALE

Abbattimento delle **Ore lavorate** per disciplina di una quota percentuale specifica riconducibile all'**attività ambulatoriale** svolta

3 Calcolo FABBISOGNO

Calcolo dell'**intervallo di dotazione minima e massima**

- Applicazione dei pesi minimo e massimo in funzione dei pesi DRG prodotti per disciplina
- Riallineamento delle dotazioni all'interno del range

4 *Verifica minimi*

- *Una volta risommato il fabbisogno per l'erogazione dell'attività ambulatoriale*
- *Verifica della coerenza delle dotazioni complessive con i minimi per garantire la turnistica, per le sole UO presenti in Tab C*

Personale del comparto: assunti organizzativi

Principi generali

Valori di riferimento per tutte le categorie professionali

Attività, professionalità e luoghi di cura diversi

Domanda chiave

Quali team e professionalità servono per efficienza organizzativa?

Criteri di riferimento

Ogni servizio richiede numero diverso di professionisti

Necessario skill mix differenziato

Professionalità non sempre fungibili

Scelte influenzate da dimensione e tipologia

Alcuni servizi richiedono vigile attesa

Possibili diverse modalità organizzative

Personale distribuito tra ospedale e territorio

Personale di comparto dedicato alle attività di degenza

Da dove iniziare

Attività di degenza per discipline maggiori e ospedaliere Studi e letteratura di riferimento
Somma posti letto per Area Omogenea (90% disponibili)

Attribuzione minuti assistenziali

Posti letto × minuti (min/max)
Trasformazione in ore: minuti ÷ 60
Calcolo personale equivalente (FTE = ore ÷ 1450)

Risultato

Attribuzione infermieri complessivi per attività di degenza
Attribuzione OSS complessivi per attività di degenza

Calcolo del fabbisogno di infermieri e OSS per l'attività di degenza ordinaria

Analisi Allocazione personale

Analisi Fabbisogno Personale

1

Calcolo delle ATTIVITÀ di REPARTO

Richiesta Ore lavorate per il personale del comparto per macroarea assistenziale[1]

- ***Associazione delle ore alle rispettive unità operative presenti nel flusso HSP considerando un tasso di occupazione al 90% (giornate equivalenti)***

2

Calcolo FABBISOGNO DEGENZA

Calcolo dell'intervallo di dotazione minima e massima

- ***Applicazione dei minuti/paz/die minimo e massimo in funzione delle giornate equivalenti per macroarea***
- ***Riallineamento delle dotazioni all'interno del range***

3

Calcolo FTE AMBULATORIO

Calcolo, per macroarea di una quota percentuale di fabbisogno per lo svolgimento dell'attività ambulatoriale svolta

- *Calcolo di percentuali specifiche per stabilimento pesando la quota per disciplina per il numero di posti letto presenti nella macroarea*

4

Calcolo FABBISOGNO TOTALE

Calcolo del fabbisogno complessivo sommando:

- ***Fabbisogno per degenza e fabbisogno per l'erogazione dell'attività ambulatoriale***
- **Conteggio di 1 coordinatore ogni 30 posti letto**

INFERMIERI E OSS minuti di assistenza per ospedali HUB e Spoke

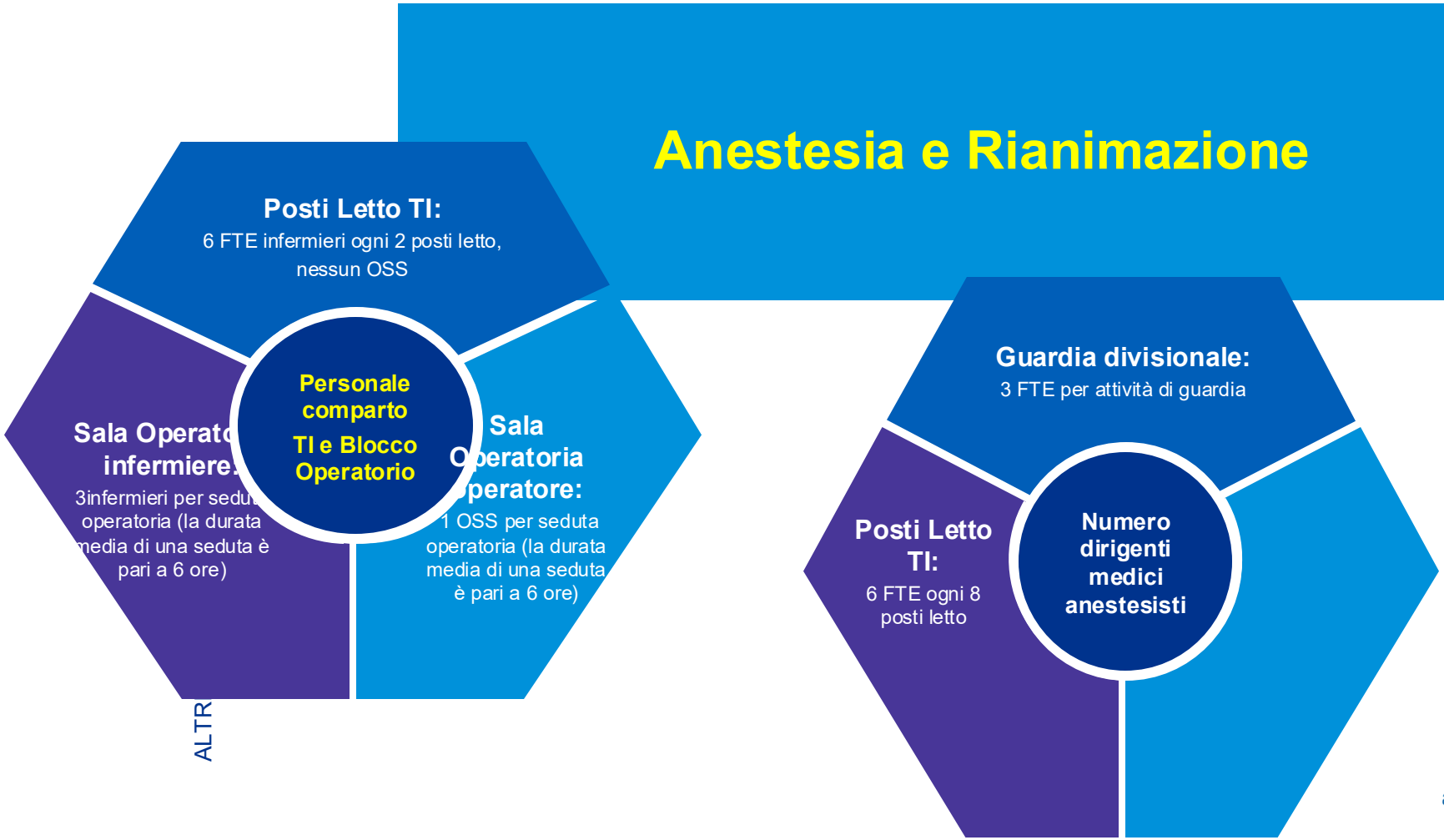
Minuti di assistenza giornaliera INFERMIERI per attività di degenza

Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB	MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
MEDICA	205	255	335	175	220	380
CHIRURGICA	175	190	260	175	190	220
CRITICA	700		825	700		825
SALUTE MENTALE	240	290	360	255	300	365
POST-ACUZIE	125	130	200	125	130	155
SUB-INTENSIVA	330		360	330		360

Minuti di assistenza giornaliera degli OSS per attività di degenza

Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB	MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
MEDICA	75	90	105	60	65	90
CHIRURGICA	60	65	85	60	65	70
CRITICA	90		175	90		175
SALUTE MENTALE	85	95	110	55	70	85
POST-ACUZIE	85	95	150	70	75	105
SUB-INTENSIVA	80		90	80		90

Il fabbisogno della Dirigenza medica e degli Infermieri in AREA INTENSIVA e Sala operatoria



Il fabbisogno per l'area dell'emergenza e urgenza tiene conto del ruolo di ciascuno stabilimento nella rete EMUR

Area Emergenza e Urgenza

Per la determinazione del fabbisogno di personale in pronto soccorso sono previste 4 fasce di FTE necessari per l'espletamento dell'attività

	Tipologia di Ospedale			
Valori minimi in FTE	PPI	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
OSS	3-5	3-5	6-10	9-12

Il fabbisogno della Dirigenza medica e del personale di comparto in area Materno Infantile

	Area Materno Infantile		
	n. parti		
	Valori minimi in FTE	500-1500	1500-2000	>2000
SERVIZI	Dir. Medici Pediatria	6-13	13-18	15-30
SERVIZI	Dir. Medici Ostetricia	6-13	13-18	15-30
ALTRI SERVIZI	Ostetriche	12-24	24-33	33-60
ALTRI SERVIZI	Infermieri	12-36	18-46	40-80
ALTRI SERVIZI	Operatori OSS	6-12	12-18	18-30

AREA dei servizi: definizione dei fabbisogni sulla base del ruolo ricoperto nella rete EMUR



Servizi di LABORATORIO

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	**0-6**	**4-20**	**18-38**
Infermieri	**1-2**	**2-4**	**4-9**
OSS	**1**	**1-2**	**2-3**

ANATOMIA PATOLOGICA

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	**0-3**	**0-8**	**3-14**
Infermieri	**1**	**1**	**1-2**
OSS	**1**	**1**	**1-2**

TECNICI DI LABORATORIO

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 - 1.200.000
Tecnici di Laboratorio	**6-20**	**10-50**	**45-130**

Servizi di RADIOLOGIA

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dir. Medici Radiologia (*)	**2-7**	**4-18**	**16-55**
Tecnici di Radiologia	**4-18**	**10-36**	**36-110**
Infermieri	**0-3**	**3-12**	**10-40**
OSS	**1**	**1-2**	**2-5**

Sperimentazione metodologia fabbisogni SSN 2023-2024

Sperimentazione in 10 Regioni

Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli V.G.

Emilia-R., Marche, Toscana, Umbria, Puglia, Calabria

Gruppo di lavoro nazionale

(febbraio 2024)

Revisione e approfondimento dei risultati

Analisi criticità ed eventuali miglioramenti

Proposte di sviluppo futuri

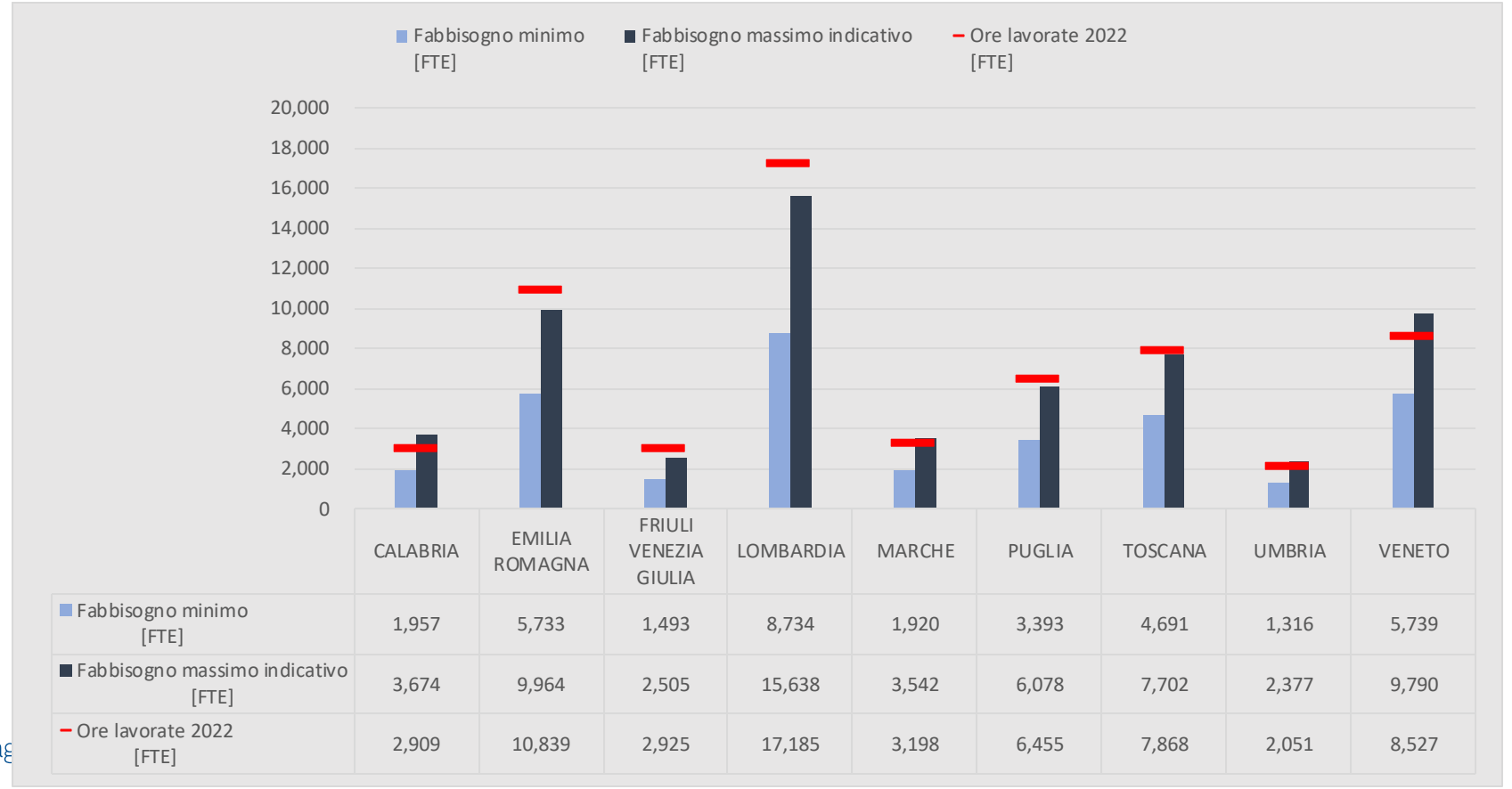
Suddivisione in sottogruppi

Dirigenza → determinazione fabbisogni

Comparto → determinazione fabbisogni

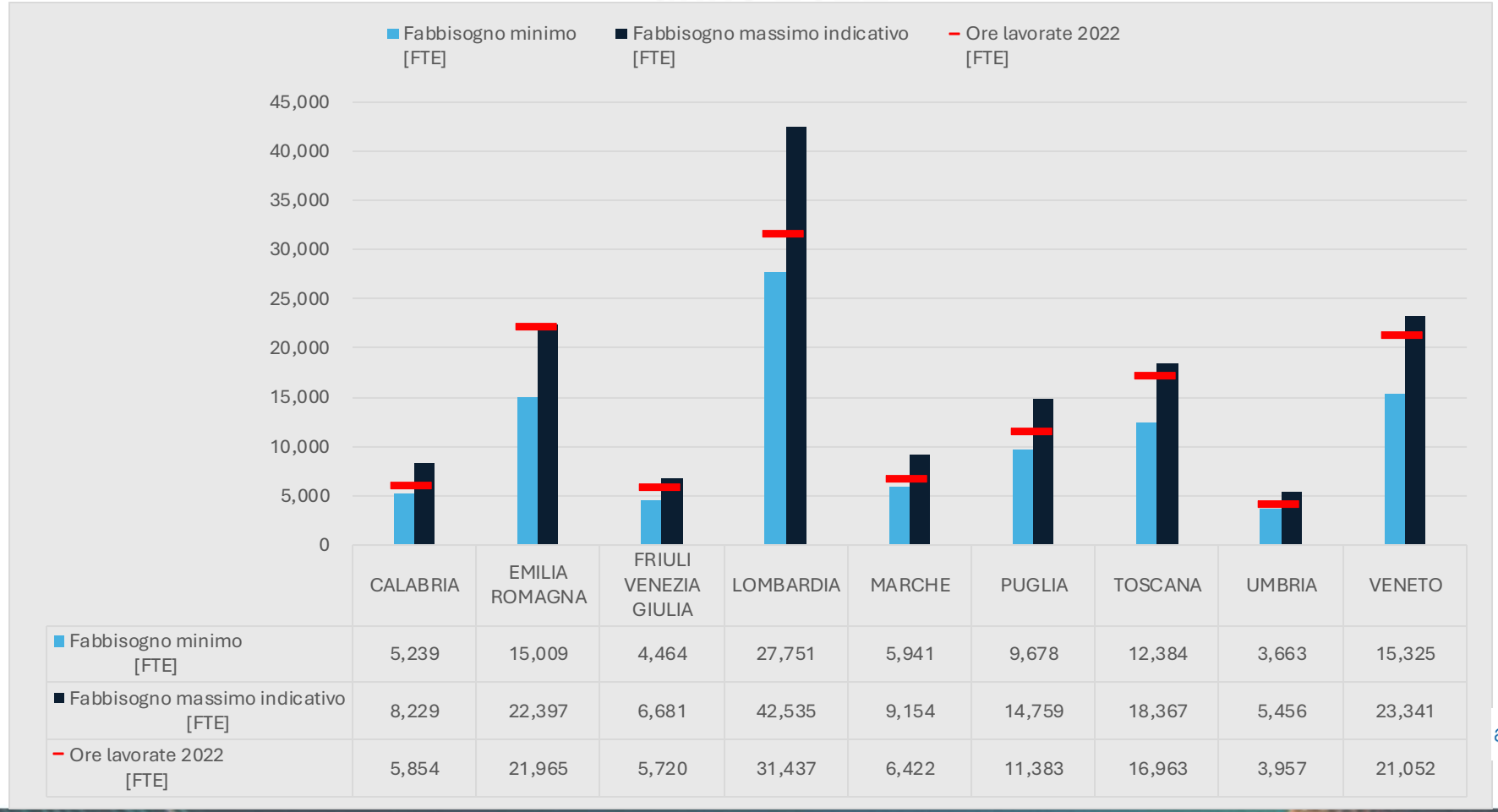
Incontri settimanali ancora attivi

Risultati della sperimentazione dell'applicazione della metodologia approvata: dirigenza medica - fabbisogno minimo e massimo indicativo vs ore lavorate anno 2022



	CALABRIA	EMILIA ROMAGNA	FRIULI VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	MARCHE	PUGLIA	TOSCANA	UMBRIA	VENETO
Fabbisogno minimo [FTE]	1,957	5,733	1,493	8,734	1,920	3,393	4,691	1,316	5,739
Fabbisogno massimo indicativo [FTE]	3,674	9,964	2,505	15,638	3,542	6,078	7,702	2,377	9,790
Ore lavorate 2022 [FTE]	2,909	10,839	2,925	17,185	3,198	6,455	7,868	2,051	8,527

Risultati della sperimentazione dell'applicazione della metodologia: Infermieri - fabbisogno minimo e massimo indicativo vs ore lavorate anno 2022

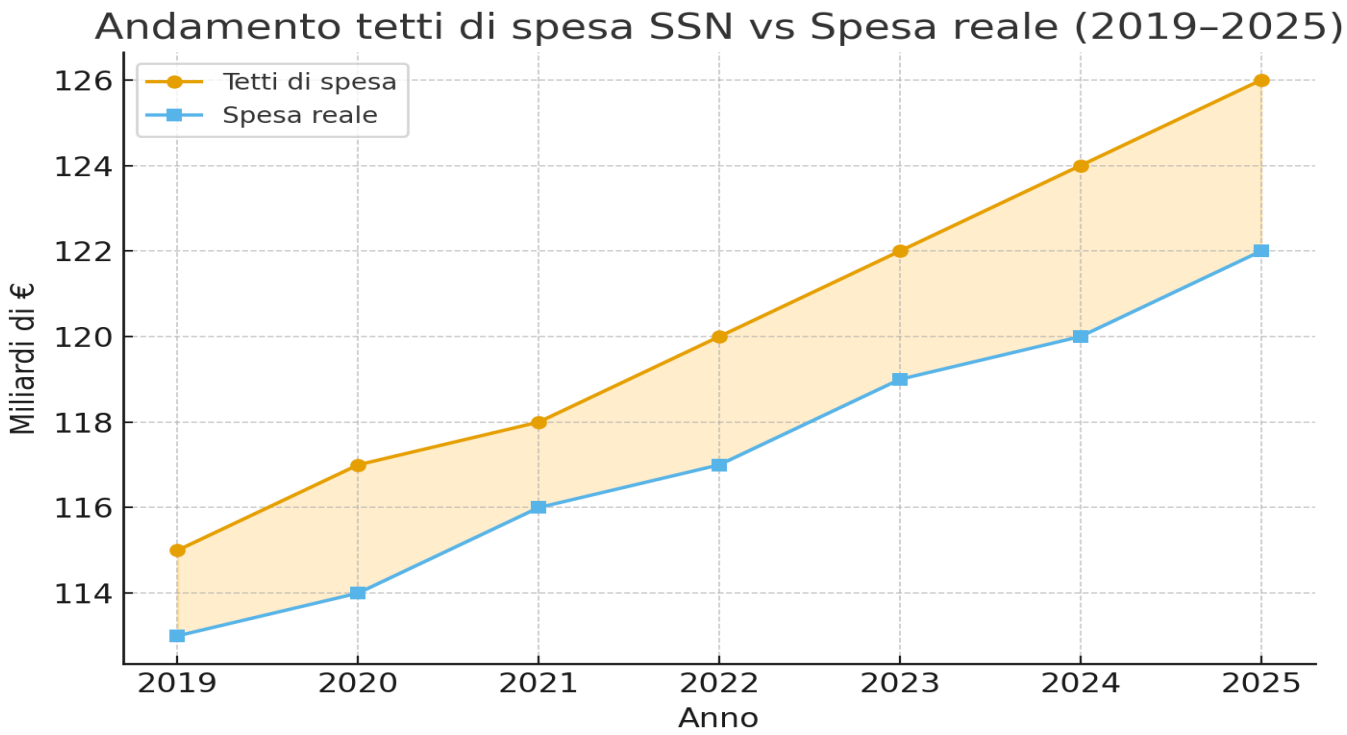


	CALABRIA	EMILIA ROMAGNA	FRIULI VENEZIA GIULIA	LOMBARDIA	MARCHE	PUGLIA	TOSCANA	UMBRIA	VENETO
Fabbisogno minimo [FTE]	5,239	15,009	4,464	27,751	5,941	9,678	12,384	3,663	15,325
Fabbisogno massimo indicativo [FTE]	8,229	22,397	6,681	42,535	9,154	14,759	18,367	5,456	23,341
Ore lavorate 2022 [FTE]	5,854	21,965	5,720	31,437	6,422	11,383	16,963	3,957	21,052

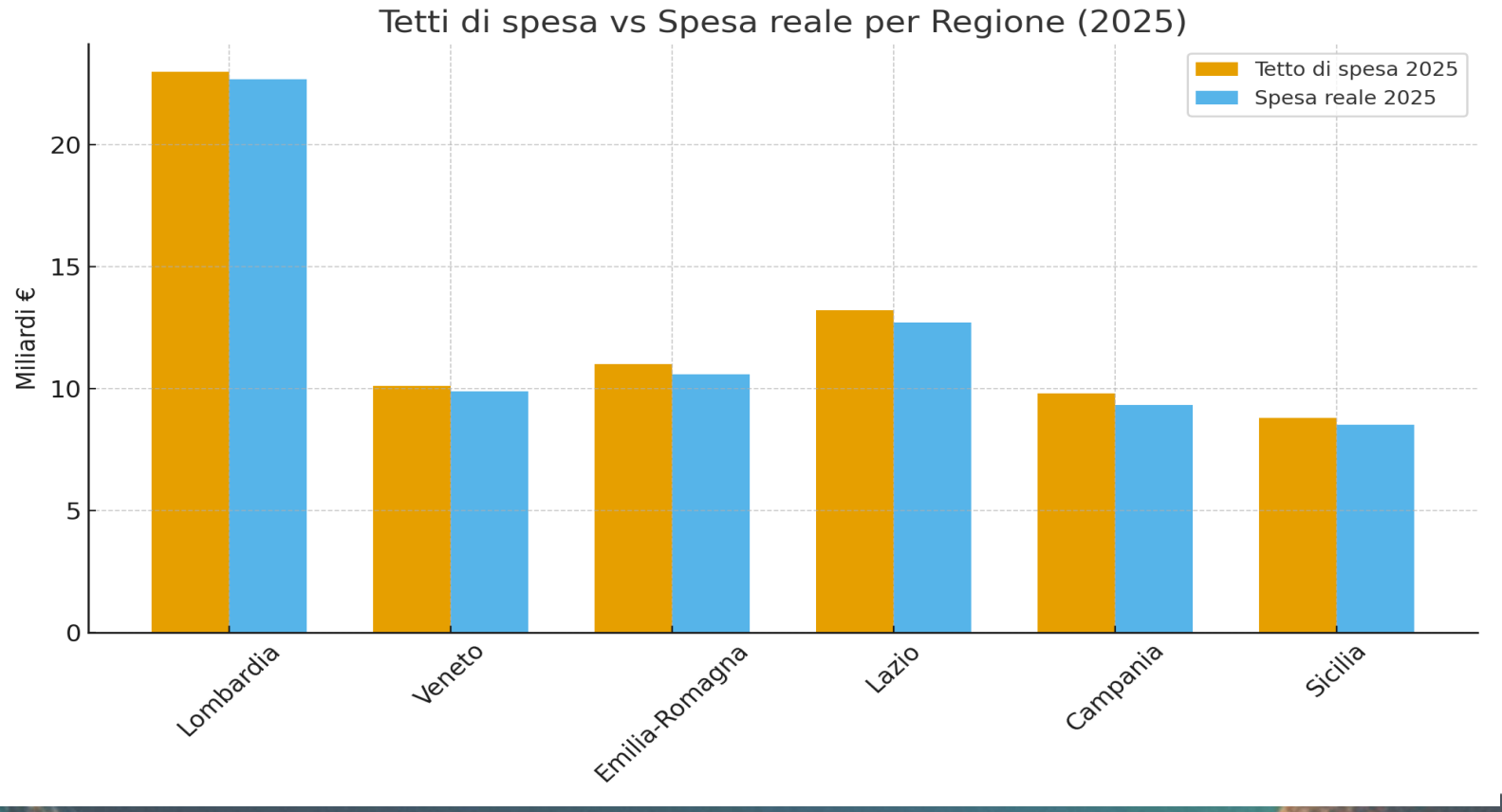
Valutazioni e prospettive

- Equità territoriale e comparabilità tra Regioni
- Supporto alla sostenibilità finanziaria del SSN
- Possibile evoluzione: aggiornamenti periodici, integrazione con AI e analytics
- Raccomandazione: uso consapevole e flessibile dello strumento

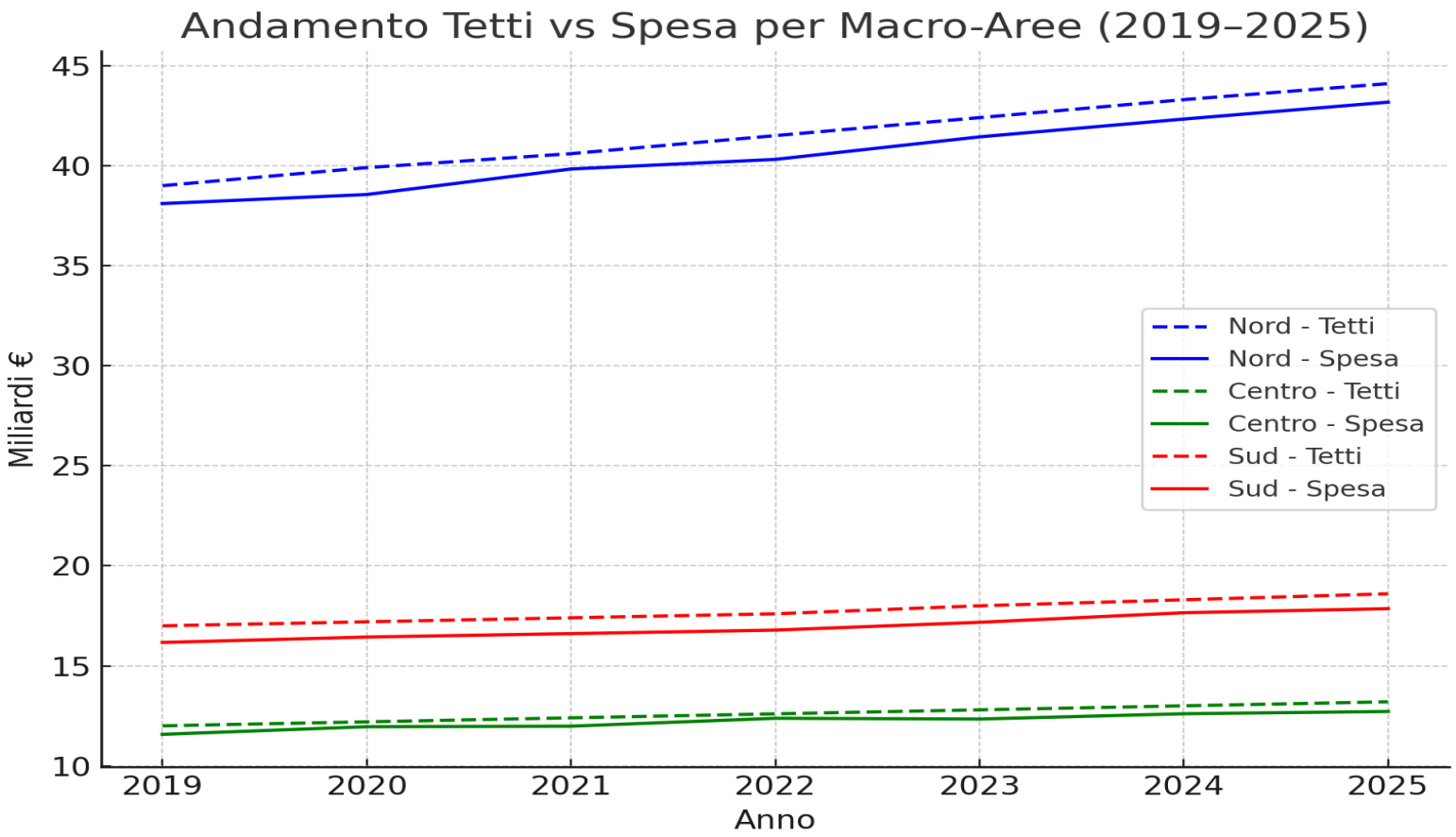
Andamento tetti di spesa (2019–2025)



Tetti di spesa vs Spesa reale per Regione (2025)



Andamento Tetti vs Spesa per Macro-Aree (2019–2025)



SOSTENERE IL PRESENTE
PER COSTRUIRE
IL FUTURO
SIDMI VENETO
26 SETTEMBRE 2025

Osservazioni generali e possibili evoluzioni future rispetto alla Metodologia AGENAS

Standard minimi

Garantiscono apertura servizi e sicurezza presidi

Riferimento omogeneo tra le Regioni

Importanza confermata

Standard massimi

Basati su produzione e complessità

Da rivedere periodicamente

Tetto massimo da non superare

Evidenze emerse

Condivisione buone pratiche organizzative

Fabbisogno minimo = continuità e sicurezza cure

Metodologia utile per programmazione nazionale

Visione e prospettive



- **Esperienze regionali e nazionali**
  - Condividere modelli sperimentati nei territori
  - Diffondere reti cliniche efficaci
- **Best practices internazionali**
  - Importare e adattare modelli vincenti
  - Benchmark su staffing e outcome
- **Digitalizzazione e AI**
  - Potenziare FSE e telemedicina
  - Usare AI e big data per decisioni cliniche
- **Politiche di retention e valorizzazione**
  - Motivare e trattenere i professionisti
  - Valorizzare competenze avanzate

STRATEGIE DI RETENTION



Valorizzazione professionale

- Incarichi di funzione specialistica e organizzativa
- Percorsi di carrierà trasparenti e condivisi
- Mentorship/affiancamento



Flessibilità organizzativa

- Part-time e job sharing
- Banca ore e flessibilità oraaria
- Mobilità interna



Benessere organizzativo

- Sportello di ascolto psicologico
- Piani weltare aziendale
- Programmi di prevenzione burnout



Formazione continua e avanzata

- Màster e làuree magistrali cofinanziati
- Formazione interna certificata ECM
- Accesso a progetti di ricerca clinica



Riconoscimento e engagement

- Sistema premiante legato à obiettivi SMART
- Comunicazione interna trasparente
- Coinvolgimento nei progetti di innovazione

Proposte per generazione

per attrarre e trattenere la professione infermieristica

Baby Boomers
(1946–1984)



- Stabilità e sicurezza contrattuale
- Riconoscimento esperienza e mentoring

Generazione X
(1965–1980)



- Work-life balance e part-time regolamentato
- Coinvolgimento in governance e processi decisionali

Millennials
(1981–1996)





- Opportunitâ di crescita professionale rapida
- Digitalizzazíone e formažione avanzata
- Welfare azíendale e benefit fíessibili

Generazione Z
(1997–2012)



- Innovazione, IA e tecnologie sanitarie
- Cultura organizzativa inclusiva
- Vaiorizzazione attraverso incarichi di progetto

Integrazione del personale infermieristico straniero

Ingresso e reclutamento



- Accordi con Paesi-UE
- Corsi di lingua e cultura

Formazione e inserimento



- Programmi di affiancamento
- Moduli su normativa sanitaria

Integrazione organizzativa



- Tutoraggio nef primi mesi
- Percorsi di carriera
- Team multidiscip-linari

Integrazione culturale e sociale



- Mediazione linguistica
- Welfare e accoglienza
- Sensibilizza-zione

SOSTENERE IL PRESENTE, COSTRUIRE IL FUTURO



- Un patto condiviso per valorizzare il personale sanitario
- Non vincoli burocratici, ma strumenti di innovazione
- Attrazione e retention dei professionisti
- Investimenti, coraggio e visione per un SSN sostenibile
